IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 8)**

z dnia 16 listopada 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 8)

16 listopada 2021 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie, obradująca pod przewodnictwem poseł **Violetty Porowskiej (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację ministra zdrowia na temat nowoczesnych technologii medycznych na świecie i możliwości zastosowania ich w Polsce oraz prac polskich naukowców nad nowoczesnymi technologiami medycznymi.

W posiedzeniu udział wzięli: **Anna Goławska** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Radosław Sierpiński** prezes Agencji Badań Medycznych, **Halina Depcik** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Dariusz Dziełak** dyrektor Departamentu Analiz i Innowacji Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikiem, **Dominik Dziurda** dyrektor Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Agnieszka Gołąbek** communication and public affairs manager Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, **Grzegorz Kuliś** prezes Weegree One ze współpracownikiem, **Barbara Misiewicz-Jagielak** wiceprezes zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, **Rafał Olejnik** przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Urologicznego, **Piotr Suwalski** kierownik Kliniki Kardiochirurgii w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA oraz **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** i **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dzień dobry. Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie na wyjątkowym, wydaje mi się, posiedzeniu podkomisji dotyczącym organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie. Dzisiaj będziemy rozmawiać właśnie o innowacyjności w medycynie. Witam wszystkich członków podkomisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat nowoczesnych technologii medycznych na świecie i możliwości zastosowania ich w Polsce oraz prac polskich naukowców nad nowoczesnymi technologiami medycznymi.

Witam bardzo serdecznie panią minister Annę Goławską, dziękujemy za obecność na naszym dzisiejszym spotkaniu. Będę wyczytywała naszych szanownych gości alfabetycznie. Przyznam, że bardzo duża grupa osób zgłosiła się na dzisiejsze spotkanie, natomiast dostaliśmy informację, że z różnych względów covidowych, kwarantann niestety część gości musiała odmówić dzisiejszego spotkania. Tak więc jesteśmy w takim oto gronie.

Witam bardzo serdecznie panią Halinę Depcik, zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji. Witam szefa Zespołu Robotyki w Weegree One, pana Łukasza Dudka. Witam dyrektora Departamentu Analiz i Innowacji Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Dariusza Dziełaka. Witam bardzo serdecznie dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii

Medycznych i Taryfikacji, pana Dominika Dziurdę. Witam panią Agnieszka Gołąbek z Communication and Public Affairs Manager Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA. Witam pana Grzegorza Kulisia, prezesa Weegree One, dziękujemy za obecność w towarzystwie kolegów i koleżanek, bo to chyba uniseks te roboty… Witam panią Barbarę Misiewicz-Jagielak, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego. Witam pana doktora Rafała Olejnika z Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Klinika Nova. Witam kierownika Sekcji Innowacji w Departamencie Analiz i Innowacji NFZ-u, pana Tomasza Pawlęgę. Witam szanownego prezesa Agencji Badań Medycznych Radosława Sierpińskiego. Panie prezesie, bardzo dziękujemy za pana obecność. To dzisiejsze posiedzenie jest bardzo ważne, więc tym bardziej dziękujemy, że jest zainteresowanie ze strony agencji. Witam serdecznie pana profesora Piotra Suwalskiego, kierownika Kliniki Kardiochirurgii w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA. Panie profesorze, pięknie dziękujmy za obecność. Witam przedstawiciela Federacji Przedsiębiorców Polskich, pana Wojciecha Wiśniewskiego. I witam przedstawiciela Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" pana Marka Wleklika. Dzień dobry raz jeszcze.

Witam też oczywiście wszystkich państwa posłów na dzisiejszym spotkaniu. Zgłosiło się do nas naprawdę więcej osób, ale – tak jak mówię – czas covidowy powoduje, że z nagła może wyłączyć naszych kolegów z aktywności.

Proszę państwa, przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do państwa posłów na maile.

Dzisiaj temat, proszę państwa, poświęcony innowacyjnym rozwiązaniom i ich zastosowaniu w Polsce. Przyznam, że moją ambicją i państwa posłów, którzy rekomendowali ten temat, było to, żebyśmy porozmawiali na dzisiejszym posiedzeniu o innowacyjnych rozwiązaniach w medycynie, innowacyjnych technologiach z jednej strony, a z drugiej o możliwościach zastosowania ich w praktyce. I bardzo proszę, kiedy przystąpimy do dyskusji, do omawiania tych tematów, o właśnie taką perspektywę spojrzenia na innowacje w medycynie polskiej poprzez kontekst możliwości wprowadzenia do praktyki życia codziennego w sferze ochrony zdrowia.

Pani minister, proszę o przedstawienie stanowiska w tej materii.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Goławska:

No właśnie, nowoczesne rozwiązania czasem bywają skomplikowane, choć na takie nie wyglądają… Ja nie będę może omawiać w całości materiału, który przygotowaliśmy, bo jak pani przewodnicząca powiedziała, on został rozesłany, więc na pewno wszyscy mieli okazję i możliwość zapoznania się z nim. Raczej skoncentrowałabym się na tym, co już innowacyjnego wprowadzamy do sektora publicznego, co mamy w planach i jak ta perspektywa wygląda z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Otóż bardzo mocno koncentrujemy się na rozwiązaniach telemedycznych, choć też należy podkreślić, że przy wdrażaniu każdego z rozwiązań należy przyjrzeć się, jak wygląda aktualny stan działań systemowych, na jakim są etapie, bo wdrażanie jakichś supernowoczesnych rozwiązań w sytuacji, kiedy brakuje nam podstawowych narzędzi pracy, często może mijać się z celem i przynieść tylko katastrofalne skutki.

Często też zadajemy sobie pytanie, co jest innowacją w tym kontekście, bo jednak z punktu widzenia światowego pewnie jakieś wynalazki typu roboty, które mają funkcje możliwe do zastosowania w medycynie, są innowacyjne. Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia w Polsce innowacyjne są chociażby e-recepty, więc trzeba też mierzyć siły na zamiary i zawsze mieć z tyłu głowy, że trzeba działać *step by step* i wdrażać po kolei, ustalając priorytety, jeśli chodzi o nowości.

Bez rozwiązań informatycznych wdrażanie innowacyjnych rozwiązań jest też niemożliwe. Dlatego priorytetem na ten moment na pewno jest usprawnienie i dalsze modyfikowanie systemów informatycznych, które wdrażamy, czyli rozwój P1, rozwój elektronicznej dokumentacji medycznej czy raportowanie zdarzeń medycznych, co tak naprawdę, wydawałoby się, jest już podstawą systemu ochrony zdrowia, a jednak jeszcze

borykamy się z tym, że nie wszystkie podmioty lecznicze dostosowały się i realizują te zadania. Musimy więc najpierw dojść do tego punktu, że mamy komplet danych, pełen system funkcji, który będzie zawierał całość funkcji, które są udostępnione, żebyśmy mogli myśleć o dalszych krokach.

Dlatego planujemy realizować informatyzację podstawowej opieki zdrowotnej, wdrażając systemy informatyczne, Internet, w tych najmniejszych placówkach, gdzie dotychczas jeszcze nie zostało to zrealizowane. Planujemy również uruchomić centralne repozytorium dla takich placówek, które mają trudności w samodzielnym zorganizowaniu sobie miejsca do przechowywania elektronicznej dokumentacji medycznej. Tak więc krok po kroku staramy się wdrażać te rozwiązania, które pozwalają na usprawnienie całego systemu, na skompletowanie całego systemu, umożliwienie działalności całości, bo ważne jest, żeby ta dokumentacja medyczna pacjenta szła za pacjentem, żeby każdy lekarz, który bierze pod opiekę pacjenta, mógł zapoznawać się z całością dokumentacji medycznej. Do tego dążymy i to jest celem głównym, bo bez tego dalsze działania mogą być niemożliwe.

Na podstawie informacji, które już mamy w systemie, możemy rozwijać działania z wykorzystaniem sztucznej inteligencji. Mając dane, chociażby o receptach, gdy w zasadzie już 100% placówek wystawia elektroniczne recepty, możemy weryfikować pacjentów, którzy w danej grupie chorób, na przykład w cukrzycy, nie wykupują leków. Taki pacjent będzie objęty specjalną opieką lekarza POZ-u, bo lekarz będzie dostawał informację – uważaj, twój pacjent powinien wykupić leki, a ich nie przyjmuje. Takie działania profilaktyczne będą podejmowane. Tego typu rozwiązania chcemy wdrażać w różnych zakresach chorób, oczywiście wykorzystując różne algorytmy, bo nie każda choroba charakteryzuje się takimi samymi potrzebami.

To, co udało się nam covidowo wdrożyć, to całkowicie informatyczny system szczepień przeciwcovidowych. Bazując już na tym doświadczeniu, możemy pójść dalej. Stworzyliśmy elektroniczną kartę szczepień, która będzie wykorzystywana również w przypadku innych szczepień i cała informacja będzie w systemie. Dzięki temu będziemy mogli panować nad różnymi chorobami zakaźnymi w bardziej profesjonalny i pełny sposób.

Prowadzimy pilotaże zdalnego badania pacjentów, chociażby zdalnego stetoskopu, gdzie pacjenci, którzy przechorowali COVID, są objęci opieką lekarza POZ-u. Otrzymują do domu e-stetoskop, są osłuchiwani zdalnie i jest weryfikowany stan ich zdrowia. Przy okazji oczywiście analizujemy, na ile to urządzenie jest możliwe do wykorzystania powszechnie w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Podobny pilotaż uruchomiliśmy na opaskę telemedyczną, która weryfikuje tętno czy ciśnienie, temperaturę i saturację. W kolejnym etapie chcemy wdrożyć zdalną spirometrię, również dla pacjentów pocovidowych, no i liczymy na to, że efekty tych pilotaży przyczynią się do możliwości wdrożenia tego typu rozwiązań w praktyce, co też usprawni i spowoduje bardziej profesjonalnymi teleporady, telewizyty i możliwość kontaktu lekarza z pacjentem.

W dalszej perspektywie chcielibyśmy również wdrożyć zdalne KTG, po to, żeby kobiety w ciąży, zwłaszcza w pandemii, nie musiały co chwilę pojawiać się w izbie przyjęć czy u ginekologa i badać tętna płodu, żeby mogły to zrobić wygodnie w domu, a lekarz czy położna mogli zweryfikować stan pacjentki. Takich rozwiązań mamy w zanadrzu kilka. Oczywiście wszystko zależy też od tego, jakie będą dostępne środki.

Jeśli chodzi o dzisiejsze pilotaże, to one są finansowane ze środków covidowych, więc te procedury są mocno uproszczone. W dalszej kolejności będziemy musieli stosować procedury zamówień publicznych, więc ten postęp nie będzie na tyle szybki jak teraz, natomiast nie poddajemy się i cały czas analizujemy różne możliwości do wykorzystania.

Też dużo będzie działo się w kwestii badań klinicznych – za chwilkę pan prezes opowie o tym – bo mamy tutaj ustanowione programy czy to w zakresie biotechnologii, czy to w zakresie badań w różnych dziedzinach medycyny. To również przyczyni się do rozwoju medycyny w Polsce oraz możliwości wykorzystania nowych rozwiązań w sektorze publicznym.

Poproszę jeszcze pana dyrektora Dziurdę z AOTMiT, żeby przedstawił tę ścieżkę wprowadzania rozwiązań do koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych,

bo to też jest bardzo istotny element systemu. Tak naprawdę bez tej ścieżki trudno jest mówić o wdrażaniu rozwiązań do systemu publicznego. Tak więc myślę, że poproszę pana Sierpińskiego o uzupełnienie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, pani minister.

Panie prezesie, bardzo prosimy o zabranie głosu.

Prezes Agencji Badań Medycznych Radosław Sierpiński:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, pani minister, rzeczywiście innowacje w ochronie zdrowia to jest niewątpliwie przyszłość i myślę, że wszyscy na tej sali zgadzamy się, że budowanie systemu ochrony zdrowia musi opierać się na skutecznym wdrażaniu, na takiej rozsądnej implementacji innowacji.

Oczywiście ja całkowicie zgadzam się odnośnie do tego, że nieroztropne byłoby, gdybyśmy dzisiaj mówili o wynajdowaniu leku na raka. Raczej należałoby skupić się na tych innowacjach, które mogą rzeczywiście zoptymalizować działanie systemu i które mogą bezpośrednio trafić do pacjentów, bo to niewątpliwie pacjent jest tym ostatecznym beneficjentem innowacji i to na pacjencie one powinny się skupiać.

To, o czym powiedziała pani minister, to jest niewątpliwy postęp. Informatyzacja systemu ochrony zdrowia – myślę, że nie ma w Polsce osoby, która nie widziałaby, że ostatnie 6 lat rządów to jest tak naprawdę wielka delta, jeżeli chodzi o przyrosty informatyzacji, no i z punktu widzenia choćby pandemii koronawirusa możemy powiedzieć, że ta informatyzacja uratowała nas przed dramatycznymi skutkami pandemii. Ja nawet nie chcę sobie wyobrażać, co by było, gdyby nie e-recepta i e-zwolnienie, i cały system, który tak naprawdę spowodował, że możemy w tych dramatycznych sytuacjach nie pojawiać się u lekarza, tylko korzystać z dobrodziejstwa telemedycyny.

Szanowni państwo, myślę, że te ostatnie lata, a właściwie lata, kiedy istnieje Agencja Badań Medycznych, to również jest ten czas, kiedy innowacje przez duże „I" w Polsce się pojawiają. W ciągu ostatnich 2 lat zainwestowaliśmy 1,5 mld zł w niekomercyjne badania kliniczne. To jest niewątpliwy postęp i niewątpliwa zmiana, jeżeli chodzi o dostępność do nowoczesnych terapii w Polsce.

Oczywiście możemy mówić o kwotach, natomiast najważniejszą liczbą, którą zawsze należy podkreślać, jest 40 tys. pacjentów, którzy korzystają z tych terapii. To jest 40 tys. osób, które dzięki badaniom klinicznym finansowanym przez rząd dotrą do nowoczesnych terapii i będzie miało szansę na dłuższe i lepsze życie, i to jest w tym wszystkim niewątpliwie najważniejsze.

Żeby choćby nadmienić, można powiedzieć, że ostatnio uruchomiony program dostępu do technologii CAR-T, czyli rekombinowanych przeciwciał, to jest niezwykła szansa na życie dla pacjentów hematologicznych, szczególnie w populacji dziecięcej. Zapewne państwo pamiętacie takie zbiórki ludzi dobrej woli, kiedy zrzucali się wszyscy na to, żeby dzieciaki we Wrocławiu czy Poznaniu miały dostęp do tej najnowocześniejszej terapii o niezwykłej skuteczności. Za chwilę ta terapia, dzięki 100-milionowemu grantowi realizowanemu przez instytut onkologii będzie dostępna w Polsce. Właściwie wszystkie dzieci chore na specyficzne białaczki będą miały do niej dostęp. Niewątpliwie jest to całkowita zmiana paradygmatu, jeżeli chodzi o dostępność do tego typu rozwiązań.

Z drugiej strony agencja uzyskując nowe kompetencje ustawowe, zyskuje możliwość finansowania eksperymentów medycznych, a więc bardzo szeroki fragment dostępności do wyrobów medycznych, takich jak choćby telemedycyna czy robotyka. Widzimy roboty, które faktycznie robią wielkie wrażenie, ale – jest z nami pan profesor – ja sam pamiętam dyskusje, kiedy z zapartym tchem oglądaliśmy w telewizji roboty da Vinci, a już w Polsce tych robotów jest kilkanaście.

Proszę państwa, to jest nieprawdopodobny postęp. Pacjenci w szpitalach, i to nie w największych szpitalach w Warszawie, ale w Szczecinie, w Rzeszowie, mają dostęp do najnowocześniejszego leczenia i z dużą odpowiedzialnością można powiedzieć, że jest to leczenie nie gorsze niż w Stanach Zjednoczonych czy na zachodzie Europy. To naprawdę jest wielki postęp. Myślę, że możemy być z tego dumni, że w niektórych

częściach systemu naprawdę nie tylko gonimy Zachód, ale stajemy się również liderem, już na pewno w Europie Środkowo-Wschodniej.

Myślę – o czym pani minister też powiedziała – że najbliższe lata przyniosą bardzo duże zmiany, jeżeli chodzi o system. Mówimy tutaj z całą świadomością o olbrzymich nakładach, które pojawią się w szeroko pojętej biotechnologii. Ja z wielką nadzieją patrzę na przygotowywany przez rząd plan rozwoju biotechnologii, który będzie opiewał na 2 mld zł. To są wielkie pieniądze zarówno z budżetu państwa, jak i ze środków Komisji Europejskiej, które trafią do polskich przedsiębiorców, do innowacyjnych polskich firm, produkujących choćby właśnie takie nieprawdopodobne rzeczy. Mam nadzieję, że przełoży się to na bezpośrednią dostępność polskich pacjentów do korzystania z nowoczesnych technologii. My też potrafimy. Ten potencjał, jeżeli chodzi o technologie informacyjne, jeżeli chodzi o robotykę, jest w Polsce naprawdę bardzo duży i wreszcie mamy szansę go wykorzystywać, więc myślę, że te 2 mld zł, które pojawią się lada miesiąc, ten obraz zmienią.

Również my w agencji za kilkanaście dni będziemy ogłaszali wyniki konkursu na technologię mRNA, czyli właściwie możemy powiedzieć technologię przyszłości. Widzimy, że szczepienia oparte są na mRNA. To jest nowoczesna technologia, która nigdy właściwie nie gościła na trwałe w medycynie, a za kilka miesięcy będzie realizowana przez polskie podmioty i przez polskie firmy, które nie ustępują firmom zagranicznym. To jest naprawdę wielka rzecz. Myślę, że to wielkie święto dla polskiej biotechnologii. Za chwilę poznamy laureatów tego konkursu, którzy otrzymają granty na poziomie blisko 100 mln zł po to, żeby wdrażać tę technologię i również, z punktu widzenia bezpieczeństwa narodowego, gwarantować polskim pacjentom dostępność do tego typu terapii, choćby w razie podobnego zagrożenia, jak w wypadku koronawirusa.

Jeszcze ostatnia rzecz, o której chciałbym powiedzieć. To jest pewnego rodzaju definicja innowacji, bo zwróćcie państwo uwagę na to, że możemy mówić o innowacjach przez duże „I", o właśnie takich lotach w kosmos itd., natomiast powinniśmy też popatrzeć na kwestie bezpieczeństwa lekowego i dostępności do terapii. Kiedyś, gdyby mi ktoś powiedział, że mogą być innowacje generyczne czy innowacje, jeżeli chodzi o leki generyczne, to wydawałoby się to zupełnym przeciwieństwem. Dzięki takim szerokim dyskusjom z sektorem dzisiaj widzimy, że to jest możliwe i że to jest, być może, najważniejszy punkt, który powinniśmy również w Polsce wpierać.

Mamy firmy, które specjalizują się w produkcji leków istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa państwa i te firmy również zasługują na wsparcie po to, żeby dalej się rozwijać, żeby świadczyć te usługi, które tak naprawdę są niezbędne dla zdrowia obywateli i żeby w razie zaburzenia choćby łańcuch dostaw, co widzieliśmy w wypadku koronawirusa, te leki były bezpieczne, dostępne dla Polaków. Dlatego też dużo inwestycji, jeżeli chodzi o kwestie leków generycznych dla polskich przedsiębiorców, którzy również na to zasługują.

Myślę, że dużo będzie się działo. W najbliższym roku agencja, poza niekomercyjnymi badaniami klinicznymi, które wynikają z naszego statutu – przekażemy na to około 500 mln zł – będzie wspierała również rozwiązania telemedyczne, rozwiązania z zastosowaniem sztucznej inteligencji w medycynie czy rozwiązania robotyczne i realizowała plan rozwoju biotechnologii. Tak więc mam nadzieję, że za kilka lat będziemy mogli wspólnie cieszyć się owocami tych działań. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie prezesie. To bardzo budujące. U nas w Polsce nie jest źle. Też jesteśmy w czołówce. To chyba takie bardzo budujące.

Ja poproszę o zabranie głosu pana dyrektora Dominika Dziurdę z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, już zaanonsowanego przez panią minister.

Ja tylko naprawię swój błąd. Proszę wybaczyć, panie dyrektorze, dyrektor Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia, pan Piotr Węcławiak, też jest z nami. Witamy serdecznie, bo przecież Ministerstwo Zdrowia tymi innowacjami też żyje, a tutaj – proszę mi wybaczyć – w natłoku tych nazwisk osób, ponad 40, które potwierdziły swoją obecność… Dziękujemy za obecność.

Bardzo proszę, panie dyrektorze, o zabranie głosu.

Dyrektor Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Dominik Dziurda:

Dziękuję bardzo. Dzień dobry państwu. Proszę państwa, pani minister szeroko nakreśliła zakres pilotaży, które w tym momencie realizuje Ministerstwo Zdrowia. Pilotaże są etapem poprzedzającym takie permanentne wdrożenie technologii do rozwiązań systemowych i rządzą się też trochę innymi prawami niż późniejszy etap kwalifikacji świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych. Pilotaże są ukierunkowane na poznanie działania technologii w praktyce klinicznej, na tę efektywność praktyczną, dostosowanie organizacji, która miałaby optymalizować efektywność tych technologii albo po prostu zbudowanie nowych rozwiązań organizacyjnych, jak na przykład opieki kompleksowe, które są w stanie rzeczywiście zmienić losy pacjenta w perspektywie istniejącego systemu, tylko poprzez inne prowadzenie go w systemie uzyskać dodatkowe efekty zdrowotne.

To, co jest istotne w stosunku do pilotaży wdrażanych, realizowanych w Ministerstwie Zdrowia, że pilotaże mają określone cele kliniczne. Czyli cele są jasno ustalone, są jasne mierniki, wskaźniki efektu tych pilotaży, co z kolei umożliwi, już na etapie prac wdrożeniowych na poziom koszyka, ocenę tych technologii pod kątem ich opłacalności.

Natomiast, przechodząc do procesu wdrażania do koszyka świadczeń gwarantowanych, to ja chciałbym zwrócić uwagę na istotność procesu HTA. Ten akronim HTA z jednej strony jest znany w wąskim środowisku, a z drugiej strony determinuje właśnie podejmowanie decyzji oparte na dobrych dowodach klinicznych. HTA – *health technology assessment*, ocena technologii medycznych, taki ustrukturyzowany, wystandaryzowany sposób badania efektywności klinicznej.

Ja w tym zakresie chciałbym zwrócić uwagę na pewną pozorną niespójność, która bardzo często przewija się w dyskusjach publicznych. Mamy do czynienia z technologiami, które są efektywne, to znaczy pacjenci odnoszą korzyści kliniczne z tych technologii, są bezpieczne, niosą jakąś korzyść kliniczną, a równocześnie wynik oceny w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji może być negatywny. To wcale nie jest niespójne. To absolutnie pozorna niespójność, ponieważ ocena HTA nie dotyczy jakiejś absolutnej wartości technologii, tylko tego, na ile ta technologia pasuje w danym momencie i jest opłacalna dla systemu ochrony zdrowia w określonym poziomie organizacji, na przykład AOS-ie czy w podstawowej opiece zdrowotnej i w warunkach organizacyjnych, które w tym momencie mamy. I jest to ocena porównawcza, czyli porównujemy nową technologię z istniejącymi praktykami, z istniejącymi technologiami pod względem kosztów i efektów klinicznych. Niestety bardzo często – lepiej, żeby to było rzadziej niż często – mamy sytuację taką, że ta technologia, która ma obiektywnie efekt w analizie porównawczej, wychodzi nieopłacalna. Wychodzi za droga albo nie diagnozujemy takiej potrzeby klinicznej w systemie ochrony zdrowia, aby tę technologię wprowadzić. Czyli są to sytuacje najtrudniejsze, jeżeli chodzi o decyzje. W tym momencie HTA pomaga – w ramach rosnącego, jak pan prezes powiedział, ale cały czas ograniczonego budżetu – alokować te środki na technologie najefektywniejsze, niosące sumarycznie najwyższy efekt zdrowotny.

Jeżeli mówimy już o procesie wdrożenia do koszyka, w przypadku pilotaży na szczęście mamy w tym momencie tę ścieżkę ułatwioną na tyle, że szybko wchodzą nowe technologie. Natomiast, jeżeli chodzi o proces kwalifikacji, to minister zdrowia zleca agencji dokonanie oceny wartości takiej technologii. Agencja w tym momencie, w zasadzie w modelu ciężkim, czyli przygotowując pełny raport HTA, dokonuje oceny takiej technologii i wraca z rekomendacją prezesa agencji do ministra zdrowia. Czyli ten proces już kolejny jest nieco dłuższy, ale to nie zmienia faktu, że zazwyczaj zamyka się w ciągu 6 miesięcy. My również w zakresie takich ciężkich ocen i wdrażania technologii do koszyka działamy stosunkowo szybko, jeżeli chodzi o te wdrożenia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Zdaje się, że pana słowa będą asumptem do dyskusji, bo widziałam tutaj reakcje koleżanek i kolegów, więc w toku dyskusji…

Dyrektor wydziału AOTMiT Dominik Dziurda:

Bardzo chętnie będę bronił mojego stanowiska.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Ale zanim, to wywołany do dyskusji… Roboty da Vinci. Panie profesorze, czy pana profesora Suwalskiego ze szpitala MSWiA, Kliniki Kardiochirurgii, mogę prosić o słów parę, bo rozmawialiśmy z panem prezesem agencji i ustaliliśmy, że o robotach da Vinci pan wie wszystko. Bardzo więc prosimy o słów parę.

Kierownik Kliniki Kardiochirurgii w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA Piotr Suwalski:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca, szanowni państwo. Bardzo też dziękuję panu profesorowi za miłe słowo. Nie wiem, czy wiem wszystko, ale na pewno wiem tyle, że stałem się w bardzo krótkim czasie pasjonatem robotyki, mimo że już wcześniej podejrzewałem, że takowym mogę się stać, a wynika to naprawdę z bardzo pragmatycznych przesłanek. Muszę powiedzieć – o czym też wspomniał pan prezes – że bardzo się cieszę, iż w ostatnich latach ta liczba robotów w Polsce nie tylko w kardiochirurgii, ale przede wszystkim w innych specjalizacjach wzrosła i rzeczywiście te korzyści bardzo konkretne dla pacjentów – mówię to jako klinicysta – mogą być oferowane coraz większej grupie pacjentów.

Muszę powiedzieć, co mnie też cieszy, że są ośrodki, ja też bardzo z tego się cieszę… W ostatnim czasie, miesiąc temu byliśmy zaproszeni do wykładu w Europejskim Towarzystwie Kardio-Torakochirurgicznym – to jest największe towarzystwo kardio-torakochirurgiczne na świecie – i byłem bardzo dumny z tego, gdy pokazywałem, jak wykonuje się konkretne operacje. Mogę więc już śmiało powiedzieć, że jesteśmy ośrodkiem referencyjnym w Europie. Zresztą w czerwcu będziemy mieli w Warszawie Światowy Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Kardiochirurgii Małoinwazyjnej, którego byłem prezesem, z transmisjami z naszego szpitala operacji na żywo. Mówię to dlatego – przepraszam – nie, żeby się chwalić, chociaż nie ukrywam, że jestem z tego dumny. To pokazuje pewną dynamikę, która dzieje się nie tylko w Polsce, lecz także w Europie w tym zakresie, już nie mówiąc o Stanach Zjednoczonych i Azji, gdzie te wzrosty są wprost szalone.

Chcę powiedzieć kilka słów jako klinicysta. Muszę powiedzieć, że spotkanie nasze z robotem było niespodziewane, jeśli chodzi o efekty jego działania. Byliśmy wówczas, jak państwo na pewno pamiętacie, szpitalem jednoimiennym. Wszystkie możliwe respiratory, wszystkie możliwe łóżka intensywnej terapii były zajęte 2 lata temu – zresztą niestety mamy teraz czwartą falę – i okazało się, że robot był szansą również dla pacjentów tych najcięższych kardiochirurgicznych, nie covidowych, dlatego że tak naprawdę po wykonaniu nawet złożonych operacji przy pomocy robota, w tym przypadku da Vinci, mogliśmy uniknąć intensywnej terapii. To było dla nas w ogóle coś niesamowitego. Pacjent praktycznie przyjeżdżał na zwykłą salę czy pod monitor po dużych operacjach serca. Dlatego też pomijam, że była to jakaś psychoterapia dla nas, zespołu pogrążonego w tej tragedii covidowej, ale naprawdę fantastyczny efekt, namacalny…

Oczywiście przekłada się to na konkretne koszty dla systemu, bo łatwo sobie wyobrazić… My teraz właśnie publikujemy artykuł po pierwszych 40 pacjentach po znanych państwu bajpasach. Czas pobytu w szpitalu po operacji to są 2 dni. To jest średni czas pobytu. W związku z tym jest to mniej więcej tydzień krócej niż w przypadku normalnie chorego. Jeśli jeszcze wyliczymy, że koszty jednego dnia intensywnej terapii w naszym szpitalu to jest około 5,5 tys. zł, a tutaj praktycznie tej intensywnej terapii nie ma, to nawet kwestia spojrzenia, takiego na zasadzie outcome'u, amortyzacji itd. jest niezwykle korzystna. My zresztą – za co bardzo dziękuję Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i państwu z ZUS – prowadzimy też takie badanie dotyczące wpływu konkretnego wykonywania operacji robotycznych na koszty nie tylko systemu zdrowia, ale generalnie systemu, dlatego że widzimy, iż pacjenci szybko wracają do aktywności, na przykład zawodowej, w ciągu dosłownie dni i z pewnością te korzyści są szersze niż tylko dla systemu zdrowia.

Wreszcie chciałbym powiedzieć… Zresztą bardzo na to liczę, że z panem prezesem będziemy mogli jakieś interesujące badania w tym zakresie prowadzić, i dziękuję bardzo za wsparcie. Natomiast to, co dzieje się w tej chwili na świecie, i warto też o tym pamiętać, dlatego że dobrze by było, żebyśmy nie tylko wskoczyli do tego pociągu, który właśnie odjeżdża, ale i mocno tam się rozgościli, z tego powodu, że w tej chwili jest już ponad

10 różnego typu robotów chirurgicznych czy medycznych, które są bliskie wprowadzenia na rynek… Świadczy to o tym, że również te kalkulacje ze strony przemysłu są bardzo konkretne, skoro inwestują ogromne pieniądze w tego typu rozwój. Już kolejny, inny niż da Vinci, wszedł dosłownie tygodnie, miesiące temu ze strony bardzo dużego gracza światowego, natomiast kolejne są już… I jeszcze jeden torakochirurgiczny jest w Wielkiej Brytanii, więc dzieje się. Myślę, że trzeba być w tym pociągu, który odjeżdża i który – mówię to z ręką na sercu – powoduje ogromne korzyści dla pacjenta, ale również dla systemu zdrowia. Tak więc jeszcze raz bardzo dziękuję za zaproszenie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję, panie profesorze. Jest wskazana jasna droga i jest nadzieja, skoro państwo z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencją Badań Medycznych… że być może da Vinci będzie dostępny również w szerszym aspekcie, nie tylko komercyjnym… Jest więc tutaj wielka nadzieja. Bardzo dziękuję, panie profesorze.

A jak w praktyce wykorzystujemy kwestie związane z innowacyjnością, również roboty da Vinci? Pan doktor Rafał Olejnik, Polskie Towarzystwo Urologiczne i Klinika Nova. Bardzo serdecznie proszę właśnie o ten aspekt bardzo praktyczny.

Przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Urologicznego Rafał Olejnik:

Ja właśnie chciałem podziękować, bo miałem mówić coś na temat da Vinciego, który w prostatektomii radykalnej, w radykalnym usunięciu prostaty jest technologią, która na świecie tak naprawdę jest już numerem jeden i o tym przede wszystkim się mówi. Czekamy już od dłuższego czasu na wprowadzenie do koszyka świadczeń procedury robotycznej prostatektomii, choć uczciwie trzeba powiedzieć, że obok mamy laparoskopową prostatektomię, która dużo gorsza nie jest, aczkolwiek każdy z nas, kto pomyśli, że miałby zmienić samochód na bez wspomagania hamowania czy bez klimatyzacji, nie wyobraża sobie normalnego funkcjonowania. I tak mówią ci, którzy robotami operują – skrócenie czasu, podniesienie komfortu i wiele rzeczy, które dają bezpieczeństwo i lepszą kontrolę pola operacyjnego.

Natomiast, żeby rozmawiać o innowacjach, które w świecie są już standardem, a w Polsce fajnie by było, żeby były – a powinny być – to z rakiem prostaty wiąże się diagnostyka, czyli biopsja prostaty. Od kilku lat mamy bardzo dobre narzędzie pod tytułem rezonans multiparametryczny, który w związku z tym, że jest to badanie metaboliczne, bardzo dobrze pokazuje nam ogniska, które są podejrzane o raka. Natomiast niestety dzisiaj robi się biopsję przezodbytniczo pod kontrolą USG, które tak naprawdę pokazuje tylko kształt prostaty.

Jest natomiast narzędzie softwarowe, które daje możliwość robienia biopsji pod rezonansem, nie mając rezonansu, który kosztuje kilka milionów. Rozmawiamy o biopsjach fuzyjnych, które są, po pierwsze, w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego czymś, do czego powinniśmy dążyć, żeby odejść od biopsji przezodbytniczych, gdzie ryzyko infekcji jest duże, do biopsji kroczowych, gdzie oszczędzamy pacjentowi to ryzyko, poza tym podnosimy dokładność. Przede wszystkim dla pacjenta ważne jest to, że nie robimy dużo zbędnych biopsji. Po prostu jest możliwość robienia celowanej biopsji oraz podniesienia jakości tego badania i jego diagnostyczności.

Kolejną rzeczą, która – jak mi się wydaje – jest na miarę tego, co powiedział pan profesor, jeśli chodzi o da Vinciego, mimo że to nie są roboty, jest metoda RIRS w leczeniu kamicy. Kamica nerkowa nie jest onkologią, natomiast rynek kamicy nerkowej w Stanach Zjednoczonych jest szacowany na 1 bln dolarów, prawie tyle, co cała urologia. To jest choroba metaboliczna. To jest choroba, która rozwija się w krajach uprzemysłowionych – jedzenie przetworzone itd. Kamica jest ogromnym problemem. Natomiast w urologii dlatego mamy dużo technologii, że robimy wszystko przez dziurkę od klucza, jaką jest cewka moczowa.

RIRS jest metodą, w której używamy endoskopu giętkiego do kruszenia kamieni. Dzisiejsza technologia laserowa daje możliwość użycia bardzo mocnego lasera, który stosuje bardzo drobną energię, ale w dużej częstotliwości i mamy możliwość przez cewkę moczową w ciągu godziny rozkruszyć nawet dwucentymetrowe kamienie, a w niektórych ośrodkach ci pacjenci po 3–4 godzinach idą do domu bez kamienia. Mało tego, jeste-

śmy w stanie rozbić wieloogniskowe kamienie. Czyli, gdy przychodzi pacjent z dwoma, trzema mniejszymi kamieniami, to jesteśmy w stanie pozbawić go takiego kamienia, usunąć go. Dostaje cewnik moczowodowy z nitką, którą usuwa sam, robi to w domu.

Ja ciągle powtarzam, że oprócz kosztów medycznych, które są związane z procedurą, powinniśmy patrzeć na koszty społeczne, jakimi jest ZUS i wszystko inne. Pacjent po metodach małoinwazyjnych endoskopowych jest w stanie wrócić do pracy bardzo szybko. Z drugiej strony w przypadku kamicy – typowy przykład choroby cywilizacyjnej, która jest nawrotowa – używanie dróg naturalnych, czyli nieszkodzenie, daje możliwość powtarzalności bardzo bezpiecznej dla pacjenta. Dlatego metoda RIRS na świecie jest już standardowa. My niestety nie mamy jej w koszyku świadczeń, nawet nie mamy takiej procedury w katalogu, a bardzo na to czekamy, ponieważ owszem, jest wykonywana w Polsce, natomiast cena endoskopów, które są wielorazowe, jest na tyle duża, że przekracza te możliwości, które daje Narodowy Fundusz Zdrowia, a świat coraz bardziej mówi o jednorazowych endoskopach, o których tak naprawdę większość z nas w Polsce nawet nie śni.

Kolejną rzeczą, która może nie jest innowacją, jest cystoskopia giętka, która jest niezbędna diagnostykom w praktyce urologicznej u pacjentów z podejrzeniem raka pęcherza moczowego i po operacjach raka pęcherza moczowego. Co 3 miesiące przychodzą na kontrolną diagnostykę, w której oglądamy wnętrze pęcherza. Proszę sobie wyobrazić zabieg, który jest wykonywany sztywnym długopisem długości 25–30 cm, a nasz pęcherz wygląda jak balon i przez szyję balonu wprowadzamy cystoskop, który patrzy na 30 stopni do przodu i mamy precyzyjnie ocenić całe wnętrze pęcherza, czy jest wznowa raka, czy jest rak pęcherza. Do tego robimy to u mężczyzn, gdzie cewka jest troszeczkę pogięta, tak więc proszę to sobie wyobrazić.

Alternatywą do tego jest cystoskopia giętka, czyli wchodzimy endoskopem, który zagina się, robi obrót o prawie 360 stopni czy 270 stopni i jesteśmy w stanie precyzyjnie zobaczyć z każdej odległości wnętrze tego pęcherza. Mało tego, to endoskop dostosowuje się do męskiej cewki, a nie odwrotnie. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego jasno mówią, że w przypadku mężczyzn jest to dedykowana cystoskopia. Z drugiej strony badania, które jasno pokazują, jaki jest odsetek przegapionych wznów, mówią o tym, że cystoskop, który jest kosztowny, natomiast w porównaniu z endoskopem giętkim, który stosujemy w leczeniu kamicy, jest dużo trwalszy, jest czymś, co powinno wejść do katalogu, żebyśmy mieli możliwości diagnostyczne. Rozmawiamy bowiem o raku pęcherza moczowego, który jest niestety bardzo szybkim nowotworem. Wykrycie postaci naciekających powinno być leczone bardzo radykalnie i bardzo szybko, bo niestety jest to nowotwór, który nie wybacza przegapienia.

Tak więc to tyle, pani przewodnicząca dała mi bardzo mało czasu… Natomiast innowacyjności, które na świecie są standardem, jest bardzo dużo, a te, na które my czekamy, żeby weszły… Jak mówię, RIRS nawet nie ma w katalogu, żebyśmy mogli go wykorzystać w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Często rozmawiając z moimi pacjentami, czuję się, jakbym wyłudzał sytuację, w której mówię: ja nie mogę tego zrobić, bo ma pan kamień w nerce. Gdyby pan miał kamień w moczowodzie, to ta procedura jest, a w nerce niestety nie. Tak więc ukłony w kierunku ministerstwa, Narodowego Funduszu Zdrowia. Środowisko czeka z nowymi możliwościami, które są na co dzień do dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie doktorze, Przepraszając za to, że tak mało czasu państwu dałam na wypowiedzi, bo liczę, że dyskusja będzie ognista. Zwróciłam uwagę na to, że panowie dyrektorzy nie dość, że głowami machali, zgadzając się, kiedy pan mówił, to jeszcze zapisywali to sobie. Czyli rozumiem, że za chwilę RIRS, cystoskopia giętkim endoskopem będzie wprowadzona do koszyka. Na to liczymy, że taki będzie efekt dzisiejszego spotkania. Bardzo dziękuję.

Proszę państwa, to wywołany do dyskusji NFZ, jeżeli mogę poprosić o parę słów w tej materii. Pan dyrektor Dariusz Dziełak. Bardzo proszę o zabranie głosu.

Dyrektor Departamentu Analiz i Innowacji Narodowego Funduszu Zdrowia Dariusz Dziełak:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, moja wypowiedź będzie tutaj stosunkowo krótka…

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Ale dająca nadzieję.

Dyrektor departamentu NFZ Dariusz Dziełak:

Nie do końca. Nie będę tym dającym nadzieję, ponieważ nie jestem gospodarzem tego koszyka. Narodowy Fundusz Zdrowia będzie oczywiście finansował wszystkie świadczenia gwarantowane, a są to te, które są do koszyka wpisane. Fundusz ich do koszyka nie wpisuje i również – odbiorę jeszcze więcej nadziei – nie taryfikuje. Tutaj właściwe są jakby dwa podmioty. Czyli zawartość przedmiotową koszyka określa minister zdrowia i świadczenie, jeżeli znajdzie się w koszyku świadczeń, ale pamiętajmy, że musi to być świadczenie, a nie jeszcze eksperyment medyczny…

Zdaję sobie sprawę z tego, że robot da Vinci – chociaż powiem szczerze jako inżynier, nie nazwałbym go robotem, to bardziej specjalizowany manipulator niż robot, bo trudno powiedzieć, że sam operuje – nie jest to już żadna nowa technologia, powiedzmy sobie szczerze. Pojawiają się coraz nowsze generacje tego typu urządzeń i myślę, że prędzej czy później one będą musiały znaleźć się w koszyku z odpowiednią wyceną, bo też pamiętajmy, że one dają szybkie wyniki, chociaż tu jest porównanie z laparoskopią, która jest jednak tańsza niż niestety w przypadku dość zamkniętego systemu da Vinci. Jednorazowy osprzęt jest dość kosztowny i bez wątpienia, w porównaniu z typową wyceną operacji prostaty, chyba raczej nie da się tego sfinansować z tej stawki, która jest zapisana w taryfie, przy leczeniu tego typu schorzenia dowolną metodą. Taryfy musiałyby być jednak specjalizowane na konkretne technologie. Myślę więc, że to jest jakby nieuchronne i wcześniej czy później będzie musiało następować.

Pytanie jest oczywiście tego typu, ile powinno być takich urządzeń w Polsce, czy stać nas na to, żeby rozwijać w każdym szpitalu powiatowym… Nie wiem, pewnie nie. Nie wiem, ile jest w tej chwili w Polsce. Zdaje się, że w Szwecji jest najwięcej robotów da Vinci w przeliczeniu na ludność, ale przydałby się około jeden na milion, co i tak oznaczałoby kilkadziesiąt instalacji w Polsce, oczywiście z zapewnieniem finansowania do tego.

Tak jak powiedziałem, gospodarzami koszyka, a w szczególności cen tego, co jest w tym koszyku, są właściwie bardziej Ministerstwo Zdrowia i oczywiście Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a fundusz, jeżeli będzie miał to sfinansować jako świadczenie gwarantowane, to będzie to finansował. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Ja właśnie mówiłam, że panowie dyrektorzy głowami machali, pani dyrektor także, więc nie wiem, czy pani minister w ramach dyskusji odpowie…

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Tak, tutaj dyrektorzy machają głowami, a potem ja muszę sobie z tym radzić. Rzeczywiście pracujemy nad tymi rozwiązaniami, analizujemy. Nie możemy powiedzieć nic odpowiedzialnie ani obiecać, dopóki te analizy nie są zakończone i nie dostaniemy raportu od AOTMiT-u. Natomiast warto też podkreślić, że niektóre placówki już dzisiaj korzystają z robotów typu da Vinci w ramach wyceny świadczeń, która obowiązuje aktualnie, bo mogą zastosować nowszą technologię, tyle że nie dostają za to dodatkowego finansowania. Muszą sobie poradzić w ramach wyceny, która aktualnie obowiązuje. Natomiast rzeczywiście odbywają się prace nad tymi technologiami, analizy i gdy tylko zostaną zakończone, będzie podjęta decyzja w tym zakresie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, pani minister.

Ja mimo wszystko uznaję, że jest to światełko w tunelu. Jesteśmy mimo wszystko coraz bliżej, aczkolwiek za panem dyrektorem z Narodowego Funduszu Zdrowia przy-

znaję, że jest pytanie, ile tych robotów, do jakich świadczeń, w jakim zakresie… No, ale to AOTMiT będzie zapewne odpowiadać na tego rodzaju pytania.

Ja bardzo chciałabym, żebyśmy za chwileczkę zobaczyli prezentację i to, jak jest budowana przyszłość na partnerstwie ze sztuczną inteligencją, ale wiem, że panowie posłowie się zgłaszali, więc mam pytanie do pana posła, czy możemy jeszcze zobaczyć prezentację, czy… Wiem, że są kolejne posiedzenia komisji. Tak więc bardzo proszę, pan poseł Patryk Wicher, znawca tematu.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Znawca na pewno nie, przy takim czcigodnym gronie jak panowie profesorowie i oczywiście pani minister i cały zespół dyrektorów.

Moi drodzy państwo, faktycznie obserwujemy dynamiczną zmianę na świecie. Wręcz z dnia na dzień, z godziny na godzinę mamy rozwój technologii i zastosowania tej technologii. Ja poświęciłem kilka godzin w swoim życiu na rozmowy z zagranicznymi osobami, które pracowały w projekcie sztucznej inteligencji, jeśli chodzi o rozpoznawanie nowotworu płuc. To są tysiące, setki tysięcy zdjęć sczytywanych przez wielu radiologów, które są oceniane, wgrywane do sztucznej inteligencji. Ta inteligencja tak się uczy. Uczy się właśnie na kanwie ludzkiej. To ludzie de facto w dużych zespołach oceniają to samo zdjęcie, wpisuje się dane i dzięki tym setkom, tysiącom, a może i w pewnym momencie milionom danych sztuczna inteligencja będzie potrafiła w przyszłości lepiej niż ludzkie oko rozpoznawać, ale to jeszcze daleka droga.

Ta sztuczna inteligencja się uczy. Ona dopiero powstaje, natomiast jest tą nadzieją, bo nawet według tych danych, które nam państwo przekazali, które przed chwilą z zachwytem przeczytałem, było o 11% mniej nietrafionych diagnoz przy użyciu sztucznej inteligencji przy rozpoznawaniu wspomnianego nowotworu niż na przykład w przypadku sześciu czy iluś radiologów, którzy oceniali te same zdjęcia. Natomiast można powiedzieć, że właśnie te technologie, te roboty, te urządzenia, te aplikacje przyszłości, sztuczna inteligencja, to wszystko jest tą podwaliną lepszej medycyny, szybszej medycyny, która pozwoli ograniczyć nam koszty – koszty społeczne, koszty leczenia – które de facto zbilansują się w systemie z poniesionymi kosztami zakupu tego sprzętu.

Dlatego, panie dyrektorze, byłbym większym optymistą. Mam nadzieję, że koszyk będzie bardziej optymistyczny w przyszłości, będzie się rozwijał, bo jeśli wiemy, że po jednej operacji, która była tutaj wspomniana – pan profesor wspomniał – ten standardowy czas po operacji kardiologicznej, powiedzmy po bajpasach, który wynosił 7–8 dni, skrócimy do 2 dni, a każdy dzień to 5 tys. zł, to już zarobiliśmy na samym zwolnieniu łóżka jakieś 25 tys. zł, przy założeniu, że przyjmujemy jeszcze więcej pacjentów, więc szybciej rozładowujemy kolejkę. I wtedy wcale nie trzeba tak dużo tych da Vinci czy tych sprzętów w skali kraju. Nie musi ich być mniej więcej niż 38 sztuk – jeden na milion, pan wspomniał – a myślę, że wystarczyłoby dużo mniej, żeby „opędzić”, przepraszam za kolokwializm, ten system, jeśliby to już było wdrożone.

Oczywiście zwrot będzie następować w latach, w mniejszej liczbie błędów, w mniejszej liczbie środków wydawanych na leczenie tych błędów czy niedopatrzeń, czy też ewentualnie w szybkości wykonywania tych zabiegów. Oczywiście są koszty pierwotne wdrożenia, certyfikacji, patentowania. To jest ten koszt początkowy, który musimy ponieść jako społeczeństwo, jako ministerstwo. Ja wiem, że oczywiście mamy te środki ograniczone, musimy to robić merytorycznie, krok po kroku, z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wierzymy, że agencja jest naszym orężem w tym, żebyśmy nie przesadzili, ale także, żebyśmy szli do przodu.

Natomiast pan doktor mówił tutaj o nowotworach. Ja mam taki przykry przypadek mojego bliskiego współpracownika, który dowiedział się – zresztą lekarz… Bardzo dbał o siebie, sprawdzał prostatę, nie tylko pęcherz, natomiast ostatnie badanie, przeoczone prawdopodobnie – nowotwór pęcherza rozsiany już po całym organizmie w tych partiach dolnych, a więc dzisiaj nosi już worek, i nie tylko. Nie idzie na chemię. Faktycznie to jest stan krytyczny, tak by to można określić, mimo tego – podkreślam – że to osoba dbająca o siebie, regularnie badająca się. Tak więc faktycznie, moi drodzy państwo, choroby nie wybaczają błędów. I naszym zadaniem, pani przewodniczącej, która wyśmienicie reali-

zuje zadania podkomisji, szczególnie tych nowoczesnych technologii… A także prośba do pani minister i do wszystkich dyrektorów, żebyśmy w miarę szybko wprowadzili to, co damy radę.

Nie musimy wyważać otwartych drzwi, a więc można korzystać z technologii czy też z tych osiągnięć medycyny zachodniej, która już pewne kroki poczyniła. Wiem, że pojawia się nowa generacja robotów da Vinci. Ostatnio 2 czy 3 godziny spędziłem z fenomenalną panią dyrektor służby zdrowia, młodą osobą, w marszałkowstwie Podkarpacia, która to pani dyrektor jest właśnie zafascynowana da Vinci i tymi wszystkimi robotami. Poświęciliśmy wiele godzin na to, żeby z nią rozmawiać przy okazji pewnego spotkania. Wiem, że są nowe generacje, nowe wydania, ale to nadal jest zdolność człowieka. Da Vinci tylko niweluje błędy ludzkie, te drobne drgnięcia rąk i nie tylko. Pozwala znacznie bardziej przyjrzeć się problemowi w przybliżeniu, ale faktycznie nie zastępuje inteligencji ludzkiej. On tylko usprawnia pracę ludzką i nadal to jest geniusz rąk profesora i doktorów, którzy nim manipulują, żeby tę pracę dobrze wykonać.

Kończąc, moi drodzy państwo, myślę, że nowoczesna technologia, badania na odległość, w Małopolsce na przykład Tele-Anioł… Pani minister na pewno zna ten program małopolski – jako radny sejmikowy uchwalałem go swego czasu – który jest zbieżny z tymi obrączkami, czyli ta diagnostyka na odległość… To powinno być w standardzie dla osób starszych, w podeszłym wieku, osób zagrożonych, a w przypadku ciąży zagrożonej to już w ogóle powinny być badania na odległość, bo ile istnień ludzkich możemy uratować, ile dzieci możemy uratować przed nagłym podduszeniem i nie tylko, jeśli będziemy mieć te zdalne badania, na bieżąco monitorowanie szczególnie tych zagrożonych ciąż.

Tak więc, moi drodzy państwo, tych aspektów są setki, tysiące. Nie będę o wszystkich mówić. Moja wypowiedź jest ogólna, ale wspieram, kibicuję. Jak wiecie państwo, też interesujemy się tymi tematami. Jeśli trzeba jakiejś naszej pomocy, to bardzo proszę z nami się kontaktować, a ośrodek CSK, no cóż, pod wodzą pana dyrektora Waldemara Wierzby i z takim zespołem profesorskim będzie tylko kwitł i się rozrastał, więc gratulacje dla waszych i innych ośrodków, tak jak z panem doktorem na czele. Dziękuję i przepraszam za przydługawą wypowiedź, ale mam nadzieję, że będziemy zbliżać się do tej nowoczesności, nowoczesnej medycyny w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Panie pośle, dziękuję. Wcale nie była przydługawa, z wielką werwą. A przede wszystkim najważniejsza konkluzja tej wypowiedzi jest oto taka… I do tego chciałabym, żeby nasza podkomisja i dzisiejsza dyskusja czy późniejsze posiedzenia podkomisji, bo będziemy rozmawiali w zakresie takich dziedzin jak okulistyka – pan profesor Szaflik, który miał być obecny, zadzwonił, że niestety z powodów różnorakich nie może być dzisiaj obecny… Kardiochirurdzy, neurochirurdzy, urolodzy, przedstawiciele poszczególnych dziedzin, tych towarzystw, dopytują o to, żebyśmy rozmawiali o tych innowacjach, które należy wprowadzić. Chciałabym, żeby ta właśnie podkomisja służyła ułatwieniu tych możliwości i żebyśmy w efekcie naszej pracy, kiedy kadencja się skończy, mogli powiedzieć, że tak, udało się parę spraw przeprowadzić z efektem. Tak więc bardzo dziękuję panu posłowi, też przecież…

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ja przepraszam, ale mam następne posiedzenie Komisji…

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Wiem. Na dole jest posiedzenie Komisji. Tak więc bardzo dziękujemy za obecność i dziękuję też bardzo serdecznie za wypowiedź.

Proszę państwa, zanim przejdziemy do dyskusji, to jednak chciałabym wprowadzić dodatkowej werwy do naszego spotkania – prezentacja, jak ta sztuczna inteligencja w praktyce wygląda. Zapewne pan prezesa to powie osobiście.

Ja bardzo się cieszę, ponieważ te dwa roboty, które tu państwo widzicie, to nie są roboty przygotowane wyłącznie na prezentację, na okoliczność takich wydarzeń jak to. Na przykład ten wyższy robot jest mi osobiście znany, ponieważ właśnie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Opolu pracuje na pełnym etacie. Mniejszy jest mi mniej znany, natomiast wiem, że swoją rolę wyśmienicie wypełnia na oddziale pediatrycznym

w szpitalu w Sosnowcu. Są to więc roboty, które naprawdę pracują i w wielu ważnych kwestiach wspomagają personel medyczny. Jak to się robi, jak to się dzieje?

Bardzo proszę, pan prezes Grzegorz Kuliś Weegree One.

Prezes Weegree One Grzegorz Kuliś:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Przyznam, że bardzo trudno słucha mi się dzisiejszej debaty jako hipochondrykowi. Najprawdopodobniej nie zasnę wieczorem. Bardzo działającym na moje wyobrażenie był wątek cystoskopii giętkiej. Na pewno niejedna noc będzie zarwana w myśleniu o tym, ale do rzeczy. Wiem, że mam bardzo mało czasu, w związku z czym w telegraficznym skrócie.

My nie zajmujemy się tak ambitnymi projektami jak nasi przedmówcy. To nie jest system chirurgiczny bazujący na czteroramiennym manipulatorze. My zajmujemy się i pomagamy w zarządzaniu placówkami medycznymi. To znaczy nasze roboty – tak jak pani przewodnicząca wspomniała – pracują w tej chwili w dwóch placówkach medycznych, to jest w Opolu – jesteśmy opolską firmą – i w Centrum Pediatrii w Sosnowcu. Przygotowaliśmy bardzo krótką prezentację.

Jako firma istniejemy 17 lat na rynku. Jesteśmy opolską firmą. W tej chwili zatrudniamy około 1000 pracowników w sześciu europejskich krajach. W samym Opolu, w naszej centrali, pracuje ponad 100 osób.

To są brandy, z którymi pracujemy. Większość z tych brandów korzysta z naszych rozwiązań robotycznych. My specjalizujemy się w dwóch dziedzinach. To jest dziedzina frontdeskowa, czyli w obsłudze trafficu ludzkiego, który przychodzi na przykład do szpitala, ale równolegle w branży eventowej, która – jak państwo sobie wyobrażacie – w tej chwili jest bardzo mocno obciążona przez obostrzenia pandemiczne.

Jeżeli chodzi o projekt Weegree One, to w tym projekcie zajmujemy się głównie robotyką humanoidalną. To nie jest wyłącznie wymiar mechaniczny, który tutaj widzicie za mną, ale przede wszystkim cała sfera związana z oprogramowaniem.

Tutaj znowu rozczaruję – sztuczna inteligencja na tę chwilę według naszej wiedzy nie istnieje. To są bardziej sieci neuronowe z elementami *machine learningu* i próba znalezienia tych korelacji w big data niż sztuczna inteligencja sensu stricte. Na tę chwilę nie mamy jeszcze jako ludzkość i cywilizacja tej przyjemności, żeby doświadczyć prawdziwej sztucznej inteligencji, w szczególności tej z obszaru AGI, czyli *artificial general intelligence*, której tak bardzo mocno poszukujemy. Pracujemy z firmami: ABB, SoftBank Robotics, Qihan Robotis, Amy Robotics – to są dość znane w dziedzinie robotów humanoidalnych brandy na całym świecie.

Jeżeli chodzi o nasze produkty, stworzyliśmy system inteligencji hybrydowej. To jest taki system, który korzysta bardzo mocno z rozwiązań polegających na *speech recognition*, czyli rozpoznaniu mowy, syntezie mowy oraz właśnie tych sieciach neuronowych, z których często korzystamy w przypadku naszych silników chatbotowych. Pomaga to bardzo mocno w komunikacji mową naturalną.

Stworzyliśmy – i tu zawsze każdy się uśmiecha – przyjemnego robota, i to już jest nasz produkt na bazie manipulatora dwuramiennego ABB. To jest robot Baron, który robi drinki, głównie eventowe. Mam nadzieję, że będą mieli państwo kiedyś okazję skorzystać… Bardzo pyszne podobno. A także system recepcyjny, który dostarczaliśmy właśnie między innymi do szpitali.

To są nasze produkty. W tej chwili mamy pięć zróżnicowanych produktów. W zależności od konstrukcji tych robotów czy możliwości zaimplementowania u nich oprogramowania, one w różnych dziedzinach realizują zadania.

Jeżeli chodzi o branżę medyczną czy sektor medyczny, w którym pracujemy, to nasze systemy pomagają w zarządzaniu pacjentami, czyli w zarządzaniu recepcją i przyjmowaniu pacjentów, zapisywaniu pacjentów na badania. Również w obostrzeniach pandemicznych realizowaliśmy projekty ze wsparciem, z podłączeniem kamery termowizyjnej, jeżeli chodzi o pomiar temperatury pacjentów, którzy wchodzą do budynków, z podstawowymi informacjami o obiekcie, umawianiem się na wizyty, budowaniem wiadomości pacjenta o podstawowej profilaktyce.

No i element rozrywkowy. Bardzo ciekawym elementem wdrożenia sześciu robotów w Centrum Pediatrii w Sosnowcu było zbudowanie platformy, gdzie te roboty asystują dzieciom, które jadą na operacje, i to jest właśnie ten element rozrywki mający na celu rozładowanie napięcia przedoperacyjnego

Zauważamy wielokrotnie, że robot u naszych klientów jest takim właśnie obrazem innowacyjności. Nikomu nie życzymy styczności z robotem da Vinci, bo to świadczy o tym, że jednostka chorobowa jest już na tyle zaawansowana. Nasz robot jest dość przyjemy, jest na recepcji i każdy pacjent, który wchodzi do placówki, może takiego robota zaobserwować i wejść z nim w interakcję.

Już wiem, że mam mało czasu. Dwa króciutkie filmiki i na tyle, będę kończył. Bardzo dziękuję. Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Rzeczywiście, gdy pacjenci zobaczą takiego robota, to mogą to sobie utożsamiać z tymi innowacjami w ochronie zdrowia. Była taka koncepcja – tutaj padł pomysł – żeby takiego robota postawić przy sali plenarnej, żeby wszyscy nosili maseczki na sali plenarnej. Bardzo dziękuję panu prezesowi.

Proszę państwa, zachęcam do podjęcia dyskusji. Bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się, bo my to nagrywamy. Taka informacja – cały przebieg naszego posiedzenia jest online na stronach internetowych Sejmu. Tak więc bardzo proszę o przedstawienie się do protokołu.

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich.

Niestety, wydaje mi się, że będę roztaczał podobnie kasandryczną wizję, a przynajmniej tak mało optymistyczną jak pan dyrektor. Proszę mi wybaczyć, jeżeli postaram się powiedzieć kilka rzeczy w troszeczkę innym tonie.

Mianowicie nie ulega wątpliwości, że jeżeli chcemy znaleźć miejsce dla rozwiązań innowacyjnych, a tak naprawdę po prostu skutecznych i bezpiecznych technologii, to potrzebujemy na to pieniędzy. Zgadzam się w pełni z tym, co powiedziała pani minister, i zapewne państwo podejmując bardzo trudne decyzje w ochronie zdrowia, doskonale to rozumiecie, że posługujemy się zazwyczaj kosztem alternatywnym. I tak samo jak często poświęca się bardzo wiele czasu lekom innowacyjnym, tak ta dyskusja jest na pewno emocjonująca, ale należy pamiętać, że kluczowe są leki podstawowe.

O ile można mówić o technologiach zaawansowanych, o tyle 82% Polaków, którzy wzięli udział w naszym badaniu opinii publicznej, powiedziało, że ich kłopotem jest dostęp do lekarza specjalisty. Zdając więc sobie sprawę z tego, ile oferuje świat, musimy pamiętać, że jeśli chodzi o polskich pacjentów – i mówię to jako reprezentant organizacji pracodawców, która chce inwestycji w kapitał zdrowia Polsków, i my jesteśmy organizacją, która chce wyższej składki zdrowotnej, więc chcemy podjąć to zobowiązanie – obecnie wiele potrzeb zdrowotnych polskich pacjentów lokuje się poza tym, co nazywa się coraz bardziej ochoczo innowacją.

Trochę może naokoło. Ja jestem członkiem zespołu trójstronnego. W ostatnim czasie miałem niezwykłą przyjemność podpisać stanowisko, być jednym z sygnatariuszy stanowiska zespołu trójstronnego z grubsza o tym, jak mniej więcej będzie się kształtować przekazywanie środków z tej perspektywy w ustawie „7% PKB" na zdrowie. Nie chcę kreślić właśnie kasandrycznych wizji, tym bardziej że mój podpis znajduje się pod tym dokumentem, natomiast jeżeli chodzi o przyszły rok z punktu widzenia finansowania ochrony zdrowia i dostępności do świadczeń, o ile mamy do czynienia z dużym nominalnym wzrostem, śmiem twierdzić, że do dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia po zabezpieczeniu tych zobowiązań płacowych pozostanie relatywnie niewiele. I to jest zobowiązanie, które wszyscy podjęliśmy z tego powodu, że potrzebujemy po prostu kadry. Z tego też powodu przestrzeni na innowacje w ochronie zdrowia będzie niestety mniej. To jest po prostu koszt alternatywny.

Zdajemy sobie też sprawę z tego, że jeżeli chcemy wdrażać innowacje w ochronie zdrowia, potrzebujemy silnych instytucji w ochronie zdrowia. Mamy najtańszego płatnika czy jednego z najtańszych w Europie, co nie budzi naszego entuzjazmu. Uważamy, że Naro-

dowy Fundusz Zdrowia powinien przeznaczać większe środki na swoją działalność analityczną. W szczególności bardzo podobają się nam takie projekty jak „Zdrowe dane" czy działania związane z polityką rządu odnośnie do otwartości publicznych baz danych. Natomiast też chcielibyśmy, żeby Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji…

Kiedy pracowałem dla fundacji onkologicznej ALIVIA, z panem dyrektorem Dziurdą i jego współpracownikami mieliśmy do czynienia, podczas gdy wnosiliśmy o nowe świadczenia. Apelujemy też do państwa posłów, żeby przy okazji jednej z nowych nowelizacji znieść ten limit finansowania wynagrodzeń czy kosztów funkcjonowania agencji. Wydaje się, że jest to już najwyższy czas. Jeżeli państwo posłowie też formułujecie swoje oczekiwania tak jak my wobec agencji, starajmy się nie wiązać przepisami prawa chociażby kwestii wynagrodzeń.

Ja miałbym dwa apele i jedno pytanie. Pierwszy apel. Chciałbym zwrócić się do państwa posłów, bo mamy informację, że w najbliższym czasie – nie wiemy tylko, czy zrobi to rząd, czy pan prezydent – nastąpi inicjatywa związana z nowelizacją ustawy o Funduszu Medycznym. Bardzo więc prosimy państwa, aby w imię tego, żeby był dostęp, zwiększyć przestrzeń na finansowanie innowacji, ale też zwykłych świadczeń, których potrzebują polscy pacjenci, aby środki niewykorzystane w Funduszu Medycznym trafiały do Narodowego Funduszu Zdrowia. Fundusz wie, jak spożytkować te pieniądze.

Druga rzecz. Tu się powtórzę. Prosimy państwa posłów, bo to parlament uchwala prawo, aby podczas jednej z kolejnych nowelizacji – ale też zwracam się do rządu, bo może byłoby to przedłożenie rządowe – aby znieść niepotrzebnie wprowadzony limit finansowania agencji, a przynajmniej zrewidować te limity finansowania, też jeżeli chodzi o wynagrodzenia.

Trzecia rzecz. Bardzo wiele rozwiązań innowacyjnych odnośnie do organizacji ochrony zdrowia widzimy w analizie danych. Mamy w Polsce niesamowicie unikatową bazę pozostającą w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Są podpisane umowy i regulacje, które regulują wymianę informacji z innymi instytucjami publicznymi. Chciałbym więc zapytać w związku z tym – chociażby widzimy przejawy tego w ustawie o jakości w ochronie zdrowia – czy Ministerstwo Zdrowia, czy Narodowy Fundusz Zdrowia, czy instytucje ogólnie kreujące politykę zdrowotną w Polsc, rozważają stworzenie czegoś na kształt regulaminu dostępu do publicznych baz danych, coś na kształt rozwiązań z ustawy o statystyce publicznej. Dlatego że wiele ośrodków naukowych, ale też przedstawicieli biznesu – trzeba to otwarcie powiedzieć jako organizacja pracodawców – widzi w kwestii dostępu do publicznych baz danych możliwość tworzenia rozwiązań innowacyjnych w sensie organizacji opieki. Pytanie, czy biorąc pod uwagę, że mamy tę politykę rządu jako całości odnośnie do otwartości publicznych baz danych, a jednocześnie, że konieczne jest zapewnienie chociażby zasobów do obsługi takich zapytań, istnieje, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia, jakiś plan uregulowania tego dostępu czy zapewnienia tego dostępu w najbliższym czasie w taki sposób, aby zaangażować te rezerwy, które mamy na uczelniach czy w innych miejscach, by proponować rozwiązania organizacyjne, które mogłyby być wypracowywane właśnie na podstawie dostępu do tych baz danych. Pięknie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani minister, czy zechciałaby pani udzielić odpowiedzi? Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Oczywiście. Dziękuję, pani przewodnicząca. Jeżeli chodzi o dostęp do danych medycznych, oczywiście widzimy, że jest duża potrzeba otworzenia tych danych. Planujemy przedstawić taką ustawę, która będzie regulowała możliwość korzystania z danych medycznych, oczywiście odpowiednio anonimizowanych itd., mając na uwadze wszelkie reguły dotyczące dostępu do danych wrażliwych. Natomiast te prace zaplanowaliśmy na przyszły rok. Zresztą czekamy też na przepisy unijne w tym zakresie. Jeśli chodzi o otwieranie danych publicznych, wstępne prace są już rozpoczęte. Natomiast oficjalne dokumenty będą dostępne w przyszłym roku.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zachęcam do dyskusji, proszę państwa. Jesteśmy w takim gronie, że możemy zadać pytania i namówić naszych gości do tego, żeby przeanalizowali wprowadzenie niektórych rozwiązań przede wszystkim do finansowania, co jest chyba najważniejszym elementem.

Przedstawiciel PTU Rafał Olejnik:

Ja mam pytanie do pani minister.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Przepraszam, panie dyrektorze. Pani poseł się zgłasza. Czy mogę poprosić, żeby pani poseł… To proszę, pan doktor. Panie doktorze, bardzo proszę.

Przedstawiciel PTU Rafał Olejnik:

Ja mam pytanie o EDM, takie z kuchni troszeczkę. Mówiła pani minister, że w najbliższej perspektywie EDM będzie cała dokumentacja medyczna, czyli cała historia choroby, wszystkie załączniki, bo na razie EDM jest tylko część…

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Na razie mamy pięć dokumentów uruchomionych, natomiast docelowo cała dokumentacja medyczna będzie prowadzona elektronicznie. Chcemy zunifikować te dokumenty tak, żeby one wszystkie były w systemie.

Przedstawiciel PTU Rafał Olejnik:

Czyli mówimy ciągle o P1. Wszystko dostępne do… A repozytoria, które będą – mówię jako mały podmiot, który widzi duży problem – te repozytoria, które dzisiaj już są niemałe, to jest śmierć dla wielu małych jednostek, jednoosobowych działalności medycznych, POZ-ów itd. Rozmawiamy o starszych osobach. Nawet rozmawiajmy o młodszych, natomiast problem, który my widzimy, jest w repozytoriach, które już dziś są spore. W momencie, kiedy to będzie cała dokumentacja, a jeszcze pewnie dojdzie kwestia archiwizacji obrazowej, czyli radiologia, operatywa, zabiegi endoskopowe… My na przykład nagrywamy zabiegi i widzimy, jak to jest ogromne. Jeśli to ma wejść do repozytoriów i ma być dostępne, to po pierwsze, zaczyna być problemem ochrona, bo to są dane bardzo wrażliwe. A będziemy rozmawiać o coraz wrażliwszych danych, bo wypis nie jest tak wrażliwą rzeczą jak opis operacji czy, nie daj, Boże, archiwizacja tej operacji.

Natomiast pytanie jest bardzo proste. Czy państwo mają pomysł na te repozytoria, jak to będzie wyglądać po stronie obowiązku? Na razie na podmioty są nakładane pewne obowiązki, które zaczynają być coraz większym ciężarem. Jeżeli popatrzymy na ewolucję świadczeń w szpitalach, a koszty, które muszą być, choćby nawet na P1 są, są coraz większe. I z tego wynika moje pytanie. To jest pierwsza rzecz.

Druga to jest kwestia… My ciągle rozmawiamy z dostarczycielem naszego oprogramowania – który rozmawia z nami, bo nie jest jeszcze tak duży, jak w przypadku dużych podmiotów, które nie chcą rozmawiać bezpośrednio, tylko rozmawia się przez mailing – na temat kształtu ostatecznego zwykłych zakładek, jak to będzie wyglądać, bo każdy program ma zupełnie inną konstrukcję, inne nazewnictwo i tak dalej… To dla mnie, gdy patrzę z kolei, jak lekarze pracują na dokumentacji medycznej, jak ograniczają to do jednej zakładki i wrzucają tam wszystko, a to za chwileczkę ma być P1 i tak naprawdę to rozwarstwienie będzie niemożliwe… Pani mówi o niedalekim czasie, a ja widzę, że większość ludzi… Pomijam fakt, że część jest na papierze, ale ci, którzy pracują na systemach… One nie są jeszcze rozwarstwione docelowo tak, jak powinno być. Pytanie, o jakich czasookresach rozmawiamy… Rzadka okazja zapytania u źródła.

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Jeśli chodzi o repozytoria, to chcemy dla tych małych podmiotów utworzyć w ramach „Krajowego planu odbudowy", żeby miały możliwość korzystania z nich… Duże podmioty mają większą łatwość w budowaniu swoich repozytoriów czy zawieraniu umów z dostawcami, liczymy więc na to, że sobie z tym poradzą.

Jeśli chodzi o dostawców oprogramowania, rzeczywiście są z tym kłopoty i zgłaszają to nam podmioty. My teraz organizujemy z nimi takie cykliczne spotkania, żeby ustalać,

co my planujemy i jakie oni widzą w tym bariery, żeby wdrażać. Często problematyczne są umowy zawarte przez podmioty lecznicze z dostawcami, bo są tak skonstruowane, że nie przewidują konieczności dostosowania oprogramowania do zmieniających przepisów i wówczas każda zmiana powoduje, że podmiot musi płacić dodatkowe środki.

Prowadzimy te rozmowy, natomiast jako urząd nie mamy dużego przełożenia na podmioty prywatne, bo polityka firm dostarczających usługi informatyczne jest już zupełnie poza naszymi kompetencjami. Natomiast to, co możemy robić, to jak najbardziej staramy się wykonywać. Na pewno będziemy dbali o to, aby wszystkie systemy były interoperacyjne, żeby można było łączyć ze sobą te systemy i to, co CeZ robi, to wystawia dane techniczne i informacje, w jaki sposób konstruować systemy po drugiej stronie, żeby one były kompatybilne i żeby wszyscy mogli z nich korzystać.

Jeśli chodzi o perspektywę czasową elektronicznej dokumentacji medycznej, to nie jest to określone precyzyjnie. My na razie mamy plan trzyletni i cyklicznie będziemy wprowadzali kolejne dokumenty. Jest to też związane właśnie z tym, że każda placówka musi się dostosować, toteż za każdym razem, kiedy wprowadzamy obowiązek, jest lawina próśb o wydłużenie, o przesunięcie i o rezygnację, więc nie możemy pójść tak bardzo lawinowo i hurtowo wymagać od wszystkich. Takim dużym ułatwieniem w najbliższym czasie powinien być podpis biometryczny, który chcemy wprowadzić do przepisów jako równoważny z podpisem kwalifikowanym czy podpisem odręcznym, co też ułatwi pozyskanie oświadczeń od pacjentów i tego typu dokumentów, które wymagają podpisu pacjenta przede wszystkim.

Przedstawiciel PTU Rafał Olejnik:

Jest jeszcze jedna rzecz, na którą… Właśnie to dla nas, podmiotów, które działają hybrydowo, czyli trochę papieru, trochę elektroniki – starego papieru jako takiego – dużym problemem, poza podpisem, który jest czymś… Borykamy się z tym, co zrobić, żeby nie generować w ogóle papieru. Te rzeczy, które są codzienne w naszym systemie, w ogóle nie są problemem. Problemem są dokumenty, które są z podpisem pacjenta.

Mało tego, kilka tygodni temu pojawiło się z ministerstwa zalecenie, że dokumentacja zeskanowana przez pracownika może być dokumentem zeskanowanym i ta część papierowa może być zniszczona w przyszłości lub oddana pacjentowi od razu, co jest superrzeczą. Problem jest tylko taki, że w rozmowach z prawnikami oni mówią: moment, moment, ale to jest tylko zlecenie, to jest tylko okólnik, to nie jest prawo. To też wymaga…

Takie prozaiczne rzeczy – przychodzi pacjent, wyraża zgodę i musi się gdzieś podpisać. Tablety nie wystarczają, podpis certyfikowany – za duży kłopot, bo prawie nikt go nie ma, ePUAP – to są medyczne… i tak naprawdę dochodzimy do uproszczenia tego, żeby rzeczy dygitalizować, jak to ładnie nazywają informatycy. Natomiast mnie to bardzo się podoba, chociaż widzę ogromne ryzyka, szczególnie jeśli chodzi o repozytoria i dostępność do tych repozytoriów średnich i małych podmiotów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję. To też innowacja.

Bardzo proszę, pani minister.

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Jeżeli są wątpliwości odnośnie do skanowania dokumentów i oddawania pacjentom, to poprosimy o taki sygnał. My będziemy wydawać interpretację opartą na przepisach prawa, więc tutaj nie powinno być obaw.

Chcielibyśmy też dygitalizować te dokumenty archiwalne. Mamy oczywiście taki plan utworzenia centrum digitalizacji. To też jeszcze jest w opracowaniu, bo to wbrew pozorom nie jest taka łatwa sprawa, żeby… Dokładnie. I też byłoby świetnie, gdy to nie było tylko odwzorowanie cyfrowe w sensie zdjęcia, tylko odwzorowanie w taki sposób, żeby z tych danych później można było korzystać i czerpać do opracowywania chociażby różnych algorytmów.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł, bardzo proszę. Pani poseł, dr Katarzyna Sójka…

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Halina Depcik:

Mam taką dygresję do tego tematu. Halina Depcik, Departament Zdrowia MSWiA.

Prowadzimy w tej chwili duży projekt informatyczny, gdzie CSK jest liderem tego projektu. Natomiast słuchając tych niuansów odnośnie do dokumentacji medycznej, dotyczących tego, czy skanować, czy nie skanować, to ja przytoczę dzisiejszy telefon jednego z dyrektorów ze szpitala z południa Polski, który uprzejmie pytał, czy może odpowiedź na pismo przysłać jutro, bo dzisiaj nie działają mu maile. Myślę, że to jest rzecz, którą powinniśmy przemyśleć najpierw. Jeżeli chcemy wprowadzić tę elektroniczną dokumentację medyczną, to najpierw musimy zadbać o to, żeby wszystkie placówki zdrowotne miały dostęp do technologii, bo są miejsca, gdzie, nawet jeżeli to jest w mieście, i całkiem dużym mieście, światłowód jest jeszcze egzotyką. Na sygnale radiowym to po prostu nie ujedzie – przepraszam za kolokwializm.

Myślę więc, że zanim zaczniemy rozważać i angażować jedną agencję czy drugą, czy NFZ, musimy pomyśleć o tym, czy mamy wystarczające we wszystkich… Jeżeli bowiem chcemy wprowadzić obowiązek elektronicznej dokumentacji medycznej, to wszyscy muszą mieć możliwość, szansę taką dokumentację prowadzić. Jeżeli będzie P1, jeżeli będzie repozytorium, a nie będzie tej końcowej rzeczy, jaką jest niezawodny dostęp do Internetu, to nie będzie to działać, i tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Ja króciutko, szanowni państwo. Ja myślę, że przyszłość budowana na takiej współpracy ze sztuczną inteligencją to jest w zasadzie rzecz nieunikniona, a pewnie też pożądana. Taka technologia daje oczywiście jakość. Myślę, że też w obliczu problemu, z jakim dzisiaj się spotykamy, a więc problemu z rynkiem pracownika, to ta technologia nie tylko w medycynie, ale w zasadzie w każdej branży i w każdym obszarze będzie potrzebna. Będzie też potrzebna globalna informatyzacja, przepływ informacji i gromadzenie tych informacji, które są dzisiaj. To są już takie rozmiary, o których tutaj była mowa, których ja już nawet nie pojmuję. Natomiast pandemia też pokazała, że są obszary, w których ta innowacyjność, ta technologia w zasadzie w 100% może zastąpić człowieka i ona ogranicza zagrożenia, ułatwia pracę w sytuacji ekstremalnej.

Nawiązując do tej dokumentacji elektronicznej… Pracując w oddziale internistycznym, szczególnie kiedy przyjmowałam na dyżurze pacjentów, niejednokrotnie przychodziło mi to do głowy, kiedy szłam do pacjenta z plikiem dokumentów, wszystkich ankiet, wszystkich upoważnień na naprawdę wiele rzeczy. Marzyłam o tym, żeby mieć tablet, w którym nie będę musiała tego zapisywać, tylko do niego powiem, a on te wszystkie słowa zapisze, a pacjent tylko jednym kliknięciem to gdzieś podpisze i mogłoby to być przesłane do tego komputera bazowego, i w zasadzie tej dokumentacji papierowej by nie było. Byłaby to oszczędność czasu. Nie ukrywam, że z perspektywy lekarza to było najgorsze. Ta cała papierologia była najgorsza – spisywanie wszystkich danych, całej dokumentacji medycznej. Myślę więc, że oczywiście technologia, która poprawia jakość w medycynie, to jest rzecz właściwie nieunikniona, a w zasadzie potrzebna, bo musimy korzystać z tych wszystkich technologii, które być może w innych państwach już lepiej funkcjonują. To przede wszystkim oszczędność czasu.

Myślę, że warto też powiedzieć i pewnie wszyscy sobie zdajemy sprawę z tego, że jest jeszcze jedna rzecz, która jest tutaj bardzo ważna, to całe cyberbezpieczeństwo, te wszystkie zagrożenia, które dzisiaj na nas czyhają. My pewnie z jednej strony możemy tę technologię i tę informatyzację rozwijać, natomiast pojawia się chyba drugie tło, a może nawet jeszcze więcej zagrożeń, które generują kolejne koszty finansowe, które generują kolejne niebezpieczeństwa, no i pewnie kolejny sztab ludzi, którzy będą musieli tym się zajmować. Natomiast bez wątpienia ta przyszłość i współpraca z taką sztuczną inteligencją i informatyzacją to jest coś, czego nie unikniemy, ale w zasadzie jest to potrzebne i będzie służyło, mam nadzieję, że jak najlepiej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł.

Czy są jeszcze jakieś głosy w dyskusji? Bardzo proszę.

Proszę państwa, to dziękuję bardzo za uczestnictwo w dzisiejszym spotkaniu. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia podkomisji.

Zamykam posiedzenie podkomisji.